

چارچوب
طراحی و استقرار برنامه ادغام ترک دخانیات
در مراکز درمان اعتیاد به مواد مخدر

ویژه
دوره آموزشی همکاران مراکز درمان سو مصرف مواد

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور

بهار ۱۳۹۵

۳	پیش‌گفتار.....
۴	مقدمه.....
۹	بیان مسأله.....
۱۴	محتوای آموزشی.....
۲۲	دستورالعمل اجرایی.....
۲۳	پروتکول درمان.....
۲۴	منابع.....

پیش گفتار:

اعتیاد به نیکوتین و مواد مخدر به یکدیگر وابسته هستند. تداوم اعتیاد به هر کدام نیز احتمال تشدید دیگری و خطرات بهداشتی هر دو را افزایش می‌دهد. این بدان معنی است که باید در همه برنامه‌های جامع درمان اعتیاد در ایران، ترک اعتیاد به نیکوتین به عنوان یک عامل کلیدی گنجانده شود. همچنین ترک سیگار به تنهایی نیز می‌تواند برای فرد و جامعه بسیار مفید واقع گردد. با شناخت ارتباط میان اعتیاد به نیکوتین و مواد مخدر، مراکز درمان با متادون در سراسر جهان در حال شروع به گنجاندن برنامه‌های ترک سیگار در رژیم‌های درمانی خود هستند. لزوم معرفی درمان ترک سیگار برای بالا بردن کارایی و توانایی مراکز درمان اعتیاد ایران در مقابله با شیوع اعتیاد انکار ناپذیر است. بنابراین ارائه راه حل‌های درمانی باید یکی از اولیتهای مراکز درمان اعتیاد در ایران باشد.

با توجه به وجود مستندات علمی معتبر درباره موثر بودن هم‌زمانی درمان وابستگی به مواد مخدر و برنامه ترک دخانیات و نیز نتایج مطالعه کارآزمایی بالینی موازی انجام شده در کشور که بیانگر پایین‌تر بودن میزان عود مصرف مواد مخدر و دخانیات در گروه مورد مداخله بود و به منظور ارتقا سطح خدمات ارائه شده در مراکز درمانی بهزیستی این طرح بین مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور جهت هماهنگی اجرای دوره‌های آموزشی ترک دخانیات و توانمندسازی پزشکان آن سازمان و نظارت بر حسن اجرای برنامه ادغام ترک دخانیات با درمان وابستگی به مواد مخدر اجرا می‌گردد تا زمینه همکاری‌های علمی آموزشی پژوهشی آن فراهم گردد. امید است این مهم قدم اول در پیمودن راهی طولانی و مشترک جهت حفظ سلامت جامعه‌مان باشد.

هر چند که به ندرت شاهد آمار مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات در سرفصل خبرها نبوده‌ایم، ولی حقیقت امر این است که در هر ۶ ثانیه، یک نفر بر اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست می‌دهد.^(۱) استعمال دخانیات باعث مرگ یک سوم نیمی از مصرف‌کنندگان آن می‌شود.^(۲) و بطور متوسط ۱۵ سال از عمر آنها می‌کاهد.^(۳و۴) در حال حاضر از هر ۱۰ فرد بزرگسال یک نفر در سراسر جهان جان خود را بر اثر استعمال دخانیات از دست می‌دهد که این آمار سالانه به بیش از ۵ میلیون نفر می‌رسد.^(۱) لازم به ذکر است که اگر اقدامات لازم برای مهار این معضل صورت نگیرد، تا سال ۲۰۳۰ آمار سالانه مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات به بیش از ۸ میلیون نفر خواهد رسید.^(۵و۶) اگر روند فعلی استعمال دخانیات مهار نگردد، پیش‌بینی می‌شود که ۵۰۰ میلیون فرد زنده امروز بر اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست بدهند^(۶) و در طول قرن بیست‌ویکم، دخانیات باعث مرگ بیش از یک میلیارد نفر خواهد شد.^(۷) اکثر مصرف‌کنندگان دخانیات مایل به ترک آن می‌باشند ولی به دلیل وابستگی شدید آنها به مواد اعتیادآور دخانی موفق به ترک آن نمی‌شوند. به محض مصرف سیگار و سایر محصولات دخانی دودشده، ماده اعتیادآور نیکوتین به مغز فرد مصرف‌کننده می‌رسد. این اتفاق تقریباً به سرعت تزریق درون سیاهرگی بوسیله سرنگ رخ می‌دهد.^(۸) صنایع دخانیات سازی نیز از سیگار به عنوان «وسیله تأمین نیکوتین» نام می‌برند.^(۹) اما از آنجایی که اثرات دخانیات دودشده فقط برای چند دقیقه باقی می‌ماند، فرد مصرف‌کننده پس از اندکی علایم ترک را تجربه می‌کند، مگر اینکه به مصرف آن ماده ادامه دهد.^(۱۰)

گرچه سیگارهای استاندارد شایع‌ترین نوع دخانیات دودشده می‌باشند، ولی انواع دیگری از دخانیات دودشده نیز مانند قلیان به تازگی مورد استقبال واقع شدند، هر چند که عده‌ای به اشتباه بر این باورند که مضرات این مواد کمتر از سیگار است. حال آنکه همه انواع دخانیات خطرناک و مرگبار می‌باشند.^(۱۱) استعمال تمامی انواع دخانیات دودشده مسبب بروز بیش از ۹۰٪ کل سرطانهای ریه و همچنین عامل مهمی در بروز سکته‌های مغزی و سکته‌های قلبی کشنده می‌باشند.^(۱۲)

در حقیقت مصرف‌کنندگان محصولات دخانی تنها قربانیان استعمال دخانیات نمی‌باشند، زیرا دود تحمیلی دخانیات نیز عواقب بهداشتی جدی و مرگباری بوجود می‌آورند. در ایالات متحده آمریکا دود تحمیلی دخانیات سالانه باعث ۳۴۰۰ مورد مرگ و میر ناشی از سرطان ریه و ۴۶۰۰۰ مورد مرگ ناشی از بیماریهای قلبی می‌شود. همچنین سالانه باعث بروز ۴۳۰ مورد سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، ۲۴۵۰۰ مورد تولد نوزادان کم وزن، ۷۱۹۰۰ زایمان زودتر از موعد و ۲۰۰۰۰۰ دوره آسم در کودکان می‌گردد.^(۱۳) از سوی دیگر مصرف دخانیات غیر دودشده نیز بسیار اعتیادآور بوده و باعث بروز سرطانهای سر و گردن، مری و پانکراس می‌گردد.^(۱۴و۱۱) همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف برخی انواع دخانیات باعث افزایش احتمال بروز بیماریهای قلبی و تولد نوزادان کم‌وزن می‌شود.^(۱۵)

شیوع رو به رشد استعمال دخانیات:

بدیهی است، در صورت عدم اعمال اقدامات لازم در زمینه کنترل دخانیات، تعداد مصرف‌کنندگان دخانیات در سراسر جهان افزایش خواهد یافت.^(۱۶) بر خلاف مصرف بسیاری مواد خطرناک دیگر که به سرعت بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارند، معمولاً بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات سالها یا حتی دهها سال پس از شروع مصرف ظاهر می‌شوند. از آنجایی که کشورهای در حال توسعه هنوز در مراحل اولیه شیوع استعمال دخانیات می‌باشند، بنابراین هنوز تأثیر بیماریها و مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات را مانند تجربه کشورهای پیشرفته در قرن گذشته، بطور کامل تجربه نکرده‌اند. استعمال دخانیات در کشورهای کم‌درآمد به سرعت رو به رشد است، چنانچه با رشد مداوم جمعیت، افراد مورد هدف صنایع دخانی نیز افزایش یافته و بدین صورت سالانه میلیونها نفر به طرز اجتناب‌ناپذیری به استعمال دخانیات وابسته می‌شوند. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۸۰٪ مرگ و میرهای ناشی از استعمال دخانیات سراسر جهان، در کشورهایی با درآمد کم و متوسط رخ خواهد داد.^(۱)

بطوری که ۱۰۰ میلیون فرد سیگاری کمتر از ۳۰ سال فعلی در کشور چین، بر اثر مصرف دخانیات جان خود را از دست خواهند داد.^(۱۷) در هندوستان نیز در حدود یک چهارم مرگهایی که در بین افراد میانسال به وقوع می‌پیوندد، بر اثر استعمال دخانیات می‌باشد.^(۱۸) از آنجایی که تعداد افراد سیگاری در این گروه با رشد جمعیت در حال افزایش است، تعداد این مرگ و میر نیز افزایش خواهد یافت. معطوف‌شدن شیوع استعمال دخانیات به سوی کشورهای در حال توسعه منجر به سطح بی‌سابقه‌ای از بیماری و مرگ زود هنگام در کشورهایی می‌گردد که رشد جمعیت و استعداد برای افزایش استعمال دخانیات در بیشترین حد ممکن وجود دارد و از ضعیف‌ترین خدمات مراقبت بهداشتی برخوردار می‌باشند. افزایش میزان استعمال دخانیات در میان زنان کشورهای پر جمعیت یکی از مهمترین عوامل افزایش رشد این شیوع می‌باشد. از آنجایی که در حال حاضر اکثر زنان دخانیات مصرف نمی‌کنند، صنایع دخانیات‌سازی بطور جدی قصد دارند با هدف قرار دادن این گروه بالقوه، بازار جدیدی را برای فروش محصولاتش پدید آورد. آگهی‌ها، تبلیغات و حمایت‌های مالی شرکتهای دخانیاتی از جمله، برگزاری مراسم خیریه در جهت احقاق آرمانه‌های زنان جامعه باعث می‌شوند، اعتقادات فرهنگی جوامع در برابر استعمال دخانیات زنان کمرنگ گردد. طراحی کالاها و نحوه بازاریابی آنها از جمله، استفاده از افراد جذاب در آگهی‌های تبلیغاتی و مارکها کاملاً طوری برنامه‌ریزی می‌شوند که زنان را به مصرف سیگار تشویق نمایند.

در حال حاضر میزان استعمال دخانیات در بین مردان اروپا رو به کاهش است، حال آنکه این روند در بین زنان بویژه در نواحی، شرقی، مرکزی و جنوبی اروپا رو به افزایش می‌رود.^(۱۹) در اکثر کشورهای اتحادیه اروپا، میزان مصرف دخانیات دختران نوجوان اگر بیش از پسران نوجوان نباشد، حداقل با آنها برابری می‌کند.^(۲۰) در کشورهای در حال توسعه میزان مصرف دخانیات زنان بزرگسال نسبتاً کم است، در حالیکه این روند در بین دختران نوجوان می‌تواند به سرعت افزایش یابد. در کشورهای آسیای جنوب شرقی میزان استعمال دخانیات مردان بزرگسال ۱۰ برابر بیش از زنان بزرگسال است.^(۱۶) این در حالی است که چنین روندی در بین پسران ۱۵-۱۳ سال فقط ۲/۵ برابر بیش از دختران می‌باشد.^(۲۱)

تهدید اقتصادی دخانیات:

علیرغم ادعای صنایع دخانیات‌سازی در خصوص اشتغال‌زایی و تولید درآمد در جهت بهبود اقتصاد محلی و ملی، همکاری این صنایع با هر کشور با بروز بیماری، مرگ و میر و ضرر اقتصادی همراه است. در حال حاضر استعمال دخانیات سالانه هزینه‌ای معادل صدها میلیارد دلار در سطح جهان در بر دارد.^(۲۱) مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات باعث ضررهای اقتصادی بسیاری می‌گردد. این ضررها در ایالات متحده سالانه معادل ۹۲ میلیارد دلار می‌باشد.^(۲۲و۲۱) با افزایش شیوع استعمال دخانیات، ضررهای اقتصادی در کشورهای پر جمعیت در حال توسعه که بسیاری از آنها مراکز تولیدی اقتصاد جهان می‌باشند نیز بیشتر می‌شود، زیرا نیمی از مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات بار سنگینی بر کشورهای در حال توسعه متحمل می‌سازد. حال آنکه تا سال ۲۰۳۰ از هر پنج مورد مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات، چهار مورد آنها در این کشورها رخ می‌دهد.^(۱) آمار و ارقام موجود درباره تأثیر دخانیات بر روی هزینه‌های بهداشتی در سطح جهان کامل نیستند ولی مسلماً ارقام بالایی می‌باشند. بطور سالانه هزینه‌های بهداشتی ناشی از استعمال دخانیات در ایالات متحده ۸۱ میلیارد دلار، در آلمان حدود ۷ میلیارد دلار و در استرالیا ۱ میلیارد دلار می‌باشد.^(۲۱) تأثیر اقتصادی ویژه حاصل از دخانیات، تشدید فقر است. هدف اصلی صنایع دخانیات‌سازی که افزایش تعداد مشتریان و اعتیاد بیشتر آنها می‌باشد، بطور ناهمگونی به قشر فقیر آسیب می‌رساند. در اکثر کشورها استعمال دخانیات در بین فقرا بیشتر از ثروتمندان است و تفاوت مصرف بین فقیر و غنی در مناطقی با کمترین میانگین درآمد به بیشترین میزان دیده می‌شود.^(۲۳)

قشر فقیر جامعه به ازای هزینه لازم برای تهیه دخانیات مجبور می‌باشند از هزینه‌های اصلی و ضروری زندگی از جمله غذا، سرپناه، آموزش و مراقبت‌های بهداشتی صرف‌نظر کنند. بطور مثال، در بین فقیرترین خانواده‌های بنگلادش تقریباً ۱۰ برابر هزینه لازم برای تحصیلات، صرف تهیه دخانیات می‌شود.^(۲۴) در کشور اندونزی نیز که استعمال دخانیات بیشتر در بین فقرا متداول است، افرادی با کمترین سطح درآمد، ۱۵٪ از کل هزینه‌هایشان را صرف دخانیات می‌کنند.^(۲۵) در مصر بیش از ۱۰٪ از هزینه خانوارها در خانواده‌هایی با درآمد متوسط، صرف دخانیات می‌شود.^(۲۶) ۲۰٪ از فقیرترین خانواده‌ها در مکزیک نیز حدود ۱۱٪ از درآمدها را به دخانیات اختصاص می‌دهند.^(۲۷) در کشور چین هزینه‌های پزشکی ناشی از ناتوانیها و بیماریهای حاصل از استعمال دخانیات به بیش از ۵۰ میلیون نفر اختصاص دارد.^(۲۸)

بیماری و مرگ زودرس ناشی از بیماریهای وابسته به دخانیات در بین افراد فقیر بیشتر از افراد ثروتمند دیده می‌شود. این روند مشکلات اقتصادی فراوانی را به دنبال دارد و چرخه فقر و بیماری را تداوم می‌بخشد.^(۲۹) مرگ و میر زودرس کارگران روز مزد بویژه برای خانواده‌های فقیر و جامعه اسفبار می‌باشد. دود تحمیلی دخانیات علاوه بر مضراتی که بر سلامت افراد دارد، تهدید جدی برای از بین بردن منابع اقتصادی نیز به حساب می‌آید. در ایالات متحده آمریکا، مواجهه با دود تحمیلی دخانیات سالانه هزینه‌ای معادل ۵ میلیارد دلار در هزینه‌های مستقیم پزشکی و بیش از ۵ میلیارد دلار در هزینه‌های غیرمستقیم پزشکی از جمله ناتوانی و از بین رفتن دستمزدها و حقوق به بار می‌آورد.^(۳۰) در بخش اداری ویژه وابسته به چینی‌ها در کشور هنگ‌کنگ، هزینه مراقبت‌های پزشکی مستقیم، مراقبت‌های طولانی‌مدت و ضررهای تولیدی ناشی از مواجهه با دود تحمیلی دخانیات سالانه در حدود ۱۵۶ میلیون دلار می‌باشد.^(۳۱) از آنجایی که برای تعیین هزینه‌های

دخانیات و بار اقتصادی ناشی از آن به اطلاعات و تجزیه و تحلیل‌های بیشتری نیاز داریم، بدیهی است تأثیر اقتصادی آن بر بهره‌وری و مراقبت‌های بهداشتی - که افراد فقیر نیز از آنها بی‌بهره‌اند - با افزایش مصرف دخانیات وخیم‌تر می‌شود. با افزایش شیوع مرگ و میر و بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات طی چند دهه آینده، هزینه‌های مالی این شیوع نیز صدمات اقتصادی شدیدی به کشورهایی با درآمد کم و متوسط وارد می‌آورند.

فراهم سازی امکانات لازم جهت ترک دخانیات:

افرادی که به نیکوتین اعتیاد دارند، قربانیان شیوع استعمال دخانیات می‌باشند. در بین افراد سیگاری که از مضرات مصرف دخانیات آگاهند، سه نفر از هر چهار نفر مایل به ترک می‌باشند.^(۳۳) همانند افرادی که به هر نوع ماده اعتیادآوری وابستگی دارند، ترک دخانیات نیز به تنهایی برای اکثر مصرف‌کنندگان مشکل می‌باشد. در حالیکه کمک گرفتن در ترک به نفع آنها بوده و با حمایت‌های مشاور ترک می‌توانند بر وابستگی‌شان غلبه نمایند. یکی از اصلی‌ترین مسئولیت‌های نظام‌های مراقبت بهداشتی کشورها، درمان وابستگی دخانیات است. این درمان شامل روش‌های متنوعی از جمله مشاوره‌های ساده پزشکی، درمان دارویی و مشاوره تلفنی ترک دخانیات می‌باشد. هزینه این روشها متفاوت بوده و تأثیر یکسانی بر افراد سیگاری مختلف ندارد. لازم به ذکر است که درمان باید متناسب با شرایط محلی و فرهنگ بوده و با تمایلات و نیازهای فرد نیز سازگار باشد. در بسیاری موارد، تعداد اندکی از مداخلات درمانی پایه در ترک دخانیات به افراد کمک می‌کند. هر تلاشی برای جلوگیری از استعمال دخانیات باید شامل سه نوع درمان باشد: (الف) مشاوره ترک دخانیات به همراه خدمات بهداشتی اولیه؛ (ب) خطوط تلفنی ویژه مشاوره ترک دخانیات رایگان و قابل دسترس؛ (ج) فراهم‌سازی درمان‌های دارویی کم هزینه.

مشاوره ترک دخانیات به همراه خدمات بهداشتی اولیه:

تلفیق ترک دخانیات و خدمات بهداشتی اولیه با دیگر ملاقات‌های عادی پزشکی باعث می‌شود فرصتهایی در نظام بهداشتی بوجود آید که افراد را از مضرات مصرف دخانیات خود و یا اطرافیانشان آگاه سازند. مشاوره‌های مکرر در هر ملاقات پزشکی ضرورت ترک دخانیات را تقویت می‌کند.^(۳۴،۳۳) همچنین مشاوره‌های کارورزان بهداشت نیز تا حد بسیاری می‌تواند میزان ترک را افزایش دهد.^(۳۵) این مداخله نسبتاً ارزان می‌باشد زیرا بخشی از خدمات موجود است که اکثر مردم حداقل گهگاه از آن استفاده می‌کنند. چنین مداخلاتی بسیار مؤثر می‌باشند زیرا توسط شاغلین بهداشتی ارائه می‌گردند که برای عموم قابل احترام بوده و افراد مصرف‌کننده دخانیات نیز رابطه خوبی با آنها برقرار می‌کنند.^(۳۶،۳۷) در کشورهایی که دارای شبکه‌های بهداشتی اولیه می‌باشند، فراهم کردن خدمات ترک دخانیات به همراه مراقبت‌های پزشکی پایه کاملاً ایده‌آل می‌باشد و در عین حال ادغام آن با هر نوع خدمات بهداشتی می‌تواند صورت گیرد. این خدمات به هیچ‌گونه سیاست‌گذاری و یا سرمایه‌گذاری کلان نیازی ندارد، بلکه فقط آموزش‌های اساسی به شاغلین گروه بهداشت و سلامت در خصوص مشاوره ترک سیگار و بالا بردن اطلاعات افراد سیگاری کافی می‌باشد. این روش درمانی همچنین با ایجاد انگیزه در شاغلین گروه بهداشت و بیماران باعث حمایت از دیگر برنامه‌های کنترل دخانیات می‌گردد.

درمان دارویی:

علاوه بر توصیه‌های پزشکی و خطوط تلفنی مشاوره ترک، یک درمان مؤثر می‌تواند شامل درمان دارویی نیز باشد. درمان دارویی شامل درمان جایگزین نیکوتین به شکل برچسبهای پوستی، قرص مکیدنی، آدامس، اسپری بینی و همچنین تجویز داروهای از قبیل بوپروپیون (**bupropion**) و چمپیکس (**varnicline**) می‌باشد. داروهای جایگزین نیکوتین معمولاً بدون نسخه پزشک در داروخانه‌ها قابل دستیابی است و نیز همانند دیگر داروهای که پزشکان تجویز می‌کنند قابل تهیه می‌باشند.

درمان جایگزین نیکوتین از علائم محرومیت از نیکوتین می‌کاهد زیرا تا حدی جایگزین نیکوتین جذب شده از دخانیات می‌گردد. به هنگام کاهش یا قطع مصرف دخانیات استفاده از بوپروپیون که نوعی داروی ضد افسردگی است، می‌تواند به فرد کمک کند زیرا باعث کاهش میل به مصرف دخانیات گردیده و از بروز سایر علائم محرومیت از نیکوتین نیز می‌کاهد. چمپیکس نیز دارویی است که به گیرنده‌های نیکوتین در مغز می‌چسبد و از آزاد شدن دوپامین جلوگیری می‌کند، بنابراین از احساس لذتی که پس از مصرف دخانیات بوجود می‌آید نیز جلوگیری می‌نماید.^(۳۸)

بطور کلی درمان دارویی پرهزینه‌تر از برخورداری از توصیه‌های پزشکان و خطوط تلفنی مشاوره ترک می‌باشد ولی تجربه نشان داده است که باعث دو و یا سه برابر شدن میزان ترک می‌گردد.^(۳۹) از طرفی دیگر هزینه یک دوره درمان با داروهای جایگزین نیکوتین ممکن است از هزینه مصرف دخانیات در طول همان مدت نیز کمتر باشد. داروهای جایگزین نیکوتین و سایر داروها نیز توسط خدمات بهداشتی برای عموم فراهم گردیده تا به افرادی که مایل به ترک دخانیات می‌باشند کمک شود.

حمایت دولت از درمان وابستگی به دخانیات:

برنامه‌های ترک دخانیات امتیازات سیاسی چشمگیری بوجود می‌آورند بطوریکه دولت‌ها شرایطی را فراهم می‌آورند که به افرادی که مستقیماً تحت تأثیر همه‌گیری دخانیات بوده و در عین حال محدودیتهای جدیدی بر دخانیات وضع می‌کنند نیز کمک می‌نمایند. بطور کلی این افراد با موانع سیاسی اندکی مواجه می‌شوند و به ترویج سیاستهای ملی مبارزه با استعمال دخانیات کمک می‌کنند که خود، قدم مهمی در ایجاد جامعه عاری از دخانیات می‌باشد. یکی از راههای جلوگیری از مصرف دخانیات وضع مالیات بر محصولات دخانی است که این مهم توسط دولت‌ها تحقق می‌یابد.

با این وجود دولت‌ها باید به تأثیر حمایت‌هایشان در مقابل هزینه‌های مالی چنین تدابیری اهمیت دهند و بدانند که ارائه چنین تدابیر و حمایت‌هایی از سوی دولت‌ها الزامی است. درمان وابستگی به دخانیات بدون ایجاد انگیزه قوی برای ترک افراد مصرف کننده کافی نمی‌باشد. بنابراین با توجه به دلایل ذکر شده، خدمات ترک باعث کاهش شیوع مصرف نمی‌گردد مگر اینکه با موارد زیر همراه باشد: افزایش مالیات و قیمت محصولات دخانی، ممنوعیت تبلیغات و حمایت‌های مالی از دخانیات، ارائه تبلیغات ضد دخانی و ایجاد اماکن عاری از دخانیات.

بیان مسئله:

استعمال دخانیات در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر بسیار رایج است. شیوع کلی کشیدن سیگار در ایران حدود ۱۶٪ است.^(۴۰) ولی می‌توانیم انتظار شیوع ۴ برابر بیشتر آن را در بین مصرف‌کنندگان مشتقات تریاک داشته باشیم. با آنکه اطلاعات دقیقی درباره ایران در دسترس نمی‌باشد، ولی اطلاعات بین‌المللی حاکی از آن است که شیوع سیگار کشیدن در بین معتادان به تریاک بین ۹۰ - ۶۰٪ است. در شمال شرق ایالات متحده، ۸۳٪ از افرادی که در تحت درمان با متادون قرار دارند به سیگار نیز اعتیاد دارند^(۴۱) اطلاعات موسسه ملی اعتیاد چین نیز شیوع کشیدن سیگار بین معتادان به تریاک را به میزان حیرت‌انگیز ۹۹/۴٪ نشان می‌دهد^(۴۲)

اعتیاد به نیکوتین برای استفاده‌کنندگان از مشتقات تریاک هم در دوره تشدید اعتیاد و هم در دوره بازپروری آنها مشکلاتی را ایجاد می‌کند. بنابراین شیوع کشیدن سیگار بین استفاده‌کنندگان از مشتقات تریاک، اعتیاد به نیکوتین را مبدل به اولین دغدغه مبارزه‌کنندگان با شیوع اعتیاد در ایران می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد که خصوصیات شیمیایی اعتیاد به نیکوتین و ترکیبات تریاک یکسان است. اعتیاد به نیکوتین با همان گیرنده‌های عصبی شیمیایی اعتیاد به مشتقات تریاک کنترل می‌شود، داری همان تأثیرات روانی بوده و همان رفتارها را نشان می‌دهد.^(۴۳)

این موضوع به خصوص در ایران که مشتقات تریاک بیشتر مصرف مواد مخدر را تشکیل می‌دهد دارای اهمیت ویژه می‌باشد. این موضوع اثبات گردیده است که مصرف سیگار معتادان در لحظات بعد از تزریق هروئین افزایش می‌یابد. تحقیقی که توسط دانشکده پزشکی هاروارد انجام شده بود نشان داد که مصرف زیاد الکل به مصرف بیشتر سیگار وابسته است و همچنین با مصرف تزریقی هروئین نیز در ارتباط است. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که معتادان به هروئین نه تنها در معرض عوارض بلند مدت اعتیاد خود به مواد مخدر، بلکه سوء مصرف الکل و سیگار نیز قرار دارند. به علاوه مطالعات نشان داده که معتادان به مشتقات تریاک که سیگاری هم هستند مشکلات بهداشتی بیشتری نسبت به کسانی که سیگار نمی‌کشند دارند. بنابراین به نظر می‌رسد که کشیدن سیگار تأثیرات مصرف مواد مخدر را تشدید می‌کند.^(۴۴)

از همه مهم‌تر اعتیاد به نیکوتین می‌تواند نیاز به نیکوتین را در معتادان تشدید کند. این موضوع باعث می‌شود که علت افزایش مصرف سیگار در آنها به جای یک پاسخ رفتاری در یک پدیده پایدار عصبی-شیمیایی یافت شود. نتایج یک تحقیق چاپ شده در نشریه فارماکولوژی روانی کلینیکی و بالینی در فوریه ۲۰۰۰ نشان داد که وجود هر دو اعتیاد به نیکوتین و مواد مخدر به طور همزمان در فرد می‌تواند شدت اعتیاد به دیگری را افزایش دهد. نتایج آنها موج جدیدی از تحقیقات بالینی جدید را برای بررسی ارتباط میان مصرف دخانیات و مشتقات تریاک ایجاد کرد.^(۴۵)

محقق به نام دومینیک فروش، نتایج بدست آمده را اینگونه بیان می‌کند: " ما به این نتیجه رسیده‌ایم که ارتباطی میان استعمال دخانیات و مواد مخدر در معتادان وجود دارد مانند اینکه بسته به تعداد سیگارهایی که فرد می‌کشد، احتمال مصرف مواد مخدر نیز در او افزایش می‌یابد." این نتایج نشان می‌دهد که نیکوتین و دیگر مواد مخدر همان مسیرها را در مغز طی می‌کنند و به همان شکل نیاز به آن ماده را در بدن ایجاد

می‌کنند و او نتیجه‌گیری می‌کند که "باید افراد معتاد را تشویق به ترک سیگار کرد زیرا احتمال بیشتری برای ترک مواد مخدر نیز در آنها فراهم می‌کند"^(۴۵) حذف وابستگی به نیکوتین برای مدیریت موفق ترک اعتیاد به مواد مخدر حیاتی است. متخصصین بهداشتی و سیاستمداران ایرانی باید جهت برآورد بهداشت عمومی و هزینه‌های اجتماعی این دو نوع اعتیاد عمیقاً وابسته، از ارتباط میان اعتیاد به نیکوتین و مشتقات تریاک مطلع باشند. حتی اگر درمان مناسب برای مصرف‌کنندگان مشتقات تریاک وجود داشته باشد، وجود اعتیاد به نیکوتین عوارض اعتیاد را در سطح فردی و اجتماعی بغرنج‌تر می‌کند. استعمال دخانیات می‌تواند با درمان معتادان به مشتقات تریاک نیز تداخل داشته باشد. تحقیقات نشان می‌دهد کسانی که در حین دوره‌های درمان با متادون سیگار می‌کشند، به دفعات بیشتری علائم کمبود دارو و اضطراب را از خود نشان می‌دهند. این بدین معنی است که افرادی که در حین دوره درمان خود سیگار می‌کشند، در همه مراحل سم‌زدایی احساس کافی بودن مقدار متادون تجویز شده را ندارند. بیماران تحت درمان با متادون احساس "گرفتار" بودن نمی‌کنند. عدم مدیریت صحیح مقادیر تجویز شده متادون می‌تواند تأثیرات جدی بر کارایی برنامه داشته باشد. مقادیر تجویز شده متادون در این برنامه‌ها به شکلی تنظیم می‌شود که اعتیاد بیماران برطرف شود. احساس کافی نبودن متادون در آن‌ها می‌تواند در این فرایند وقفه ایجاد کند و درمان را متوقف کند. طولانی‌تر شدن دوره درمان با متادون نیز می‌تواند به شکل قابل ملاحظه‌ای شانس موفقیت را کاهش دهد.^(۴۶) به علاوه با متوقف شدن درمان، صرفه اقتصادی برنامه نیز از بین می‌رود. با توجه به فشار بیش از پیشی که به علت افزایش شمار معتادان بر زیرساخت‌های درمانی موجود در ایران وارد خواهد شد، این موضوع می‌تواند تأثیرات قابل توجهی داشته باشد. به وضوح مشخص است که برای افزایش درصد موفقیت مراکز درمان اعتیاد در ایران، ترک اعتیاد به دخانیات نیز باید در برنامه‌های درمانی گنجانده شود. آنچه که واضح می‌باشد این است که استفاده از دخانیات به ویژه در معتادانی که تحت درمان با متادون قرار دارند، شایع و مرگبار است. ارائه برنامه‌های جامع **NRT** (درمان جایگزین نیکوتین) در برنامه‌های ترک اعتیاد برای مقابله با اعتیاد به نیکوتین، حیاتی است و منجر به کسب نتایج با ثبات می‌شود. مصرف‌کنندگان مواد مخدر امروزه جوان‌تر بوده و از نظر مالی از ثبات کمتری برخوردارند. این نمودار را با جمعیت جوان ایران (دو سوم ایرانیان زیر سی سال سن دارند)^(۴۷) و رشد تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر نیز ترکیب کنید. در مجموع می‌توان گفت که اکنون الگوهای مصرف مواد مخدر در ایران از نظر نحوه زندگی معتادان و شاخص‌های مرتبط دیگر به استانداردهای بین‌المللی نزدیک‌تر شده است. به علاوه ایران دارای جمعیتی است که به طور روزافزون در معرض اعتیاد به دخانیات نیز قرار دارد. اطلاعات جدید نشان می‌دهد که ۸۰/۶٪ افراد سیگاری فعلی، اولین بار در حدود ۱۵ سالگی دخانیات را تجربه کرده‌اند (تقریباً در سنین تجربه مواد مخدر).^(۴۸) تخمین زده می‌شود که حدود ۱۰/۳٪ جوانان به صورت همیشگی سیگار می‌کشند.^(۴۸) روندها نشان می‌دهند که جوانان ایرانی به دفعات بیشتری و در سنین پایین‌تری دخانیات را تجربه می‌کنند. هم‌زمانی و هم‌سویی روندهای استعمال دخانیات و اعتیاد به مواد مخدر بسیار چشمگیر است. ارتباط رفتاری بین استعمال دخانیات و مواد مخدر از آن جهت حائز اهمیت است که این دو روند به سرعت در حال همگرایی هستند. موضوع آن است که ایرانیان اکنون در سنین پایین‌تری به کشیدن سیگار و مصرف مواد

مخدر روی می‌آورند. این روند عوارض قابل توجهی برای کسانی که با موج اعتیاد در ایران مبارزه می‌کنند بوجود می‌آورد. مشتقات تریاک متداولترین انواع مواد مخدر در ایران می‌باشند. اشکال مختلفی از تریاک وجود دارد که بخش وسیعی از مصرف مواد مخدر را تشکیل می‌دهد؛ تریاک ساده، هروئین و نوعی ماده ایرانی به نام شیره.^(۴۹)

مصرف تریاک در ایران سابقه‌ای طولانی دارد، ولی در حال حاضر محبوبیت آن رو به کاهش است. در حال حاضر، نسل قدیمی معتادان هنوز از تریاک استفاده می‌کنند، ولی نسل‌های جدید، مواد قدرتمندتری را ترجیح می‌دهند.^(۵۰) بسیاری از افراد مواد مخدر نوظهوری مانند کراک، شیشه و قرص‌های روان‌گردان را نیز تجربه می‌کنند و نکته مهم این است که در منابع خارجی اطلاعاتی از وضعیت این مواد در دسترس نمی‌باشد. مصرف مواد مخدر به صورت تزییقی باعث بروز خطرات بهداشتی متعددی می‌شود. با افزایش مصرف هروئین، نرخ آلودگی به ویروس HIV در شهرهای ایران به شدت افزایش یافته است. به علاوه اعتیاد به هروئین بسیار مشهودتر از اعتیاد به تریاک است و در اشتغال و مسائل اجتماعی دیگر خلل وارد می‌کند. متعاقباً، اکنون جوانان ایرانی هروئین، متامفتامین‌ها و حتی کراک و کوکائین را ترجیح می‌دهند و در حال سقوط به ورطه‌های عمیق‌تری از اعتیاد و نابودی هستند.^(۵۰)

تخمین‌های شیوع اعتیاد در ایران در حال جهش است. براساس گزارش جهانی مواد مخدر سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۵، ایران دارای بالاترین نرخ اعتیاد در جهان است و ۲/۸٪ از جمعیت بالای ۱۵ سال آن معتاد هستند. اکبر اعلی‌نماینده مجلس ایران نیز تعداد معتادان دائمی به مواد مخدر را عدد حیرت‌انگیز ۱۱ میلیون نفر اعلام کرده است و مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران نیز تخمین می‌زند که ۲۰٪ از جمعیت ایران «به نحوی با مواد مخدر درگیر هستند». تخمین‌ها مربوط به شدت معضل اعتیاد در ایران ممکن است متفاوت باشد، ولی همگی به اتفاق ایران را دارای یکی از بیشترین نرخ‌های اعتیاد در جهان می‌دانند. فرهنگ اعتیاد به آرامی در حال در برگرفتن جوانان کشور، که اکثریت جامعه را تشکیل می‌دهند است. افزایش ناگهانی جمعیت جوان و معرفی مواد مخدر قوی به آنان برای بخش‌های عظیمی از جامعه ایران فاجعه بار می‌باشد. روبرتو آربیتریو، رئیس دفتر مبارزه با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد در تهران وضعیت را این طور توصیف می‌کند، «متأسفانه هنوز زمینه برای افزایش مصرف وجود دارد».^(۵۱)

ایران نمی‌تواند اجازه دهد مشکل اعتیاد رشد کند. در صورت عدم مقابله با این معضل، میلیون‌ها انسان باید به کام غول اعتیاد فرو بروند، بار سنگین اقتصادی آن نادیده گرفته شود و آینده کشوری که زمانی کشوری صنعتی محسوب می‌شد نابود شود. در ایران و سراسر جهان، اعتیاد به نیکوتین و مشتقات تریاک به یکدیگر وابسته هستند. تداوم اعتیاد به هر کدام نیز احتمال تشدید دیگری و خطرات بهداشتی هر دو را افزایش می‌دهد. این بدان معنی است که باید در همه برنامه‌های جامع درمان اعتیاد در ایران، ترک اعتیاد به نیکوتین به عنوان یک عامل کلیدی گنجانده شود.

مزایای چنین روشی را می‌توان به دو بخش تقسیم کرد:

کاهش خطرات بهداشتی

اجماع علمی مطلقاً در رابطه با خطرات کشیدن سیگار وجود دارد. ترکیب سموم مضر و خواص اعتیادآور سیگار باعث ایجاد خطرات مرگباری برای افراد سیگاری می‌شود. افراد سیگاری معمولاً با بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ای که در اثر سموم و مواد سرطان‌زای موجود در دود سیگار ایجاد شده‌اند از پای در می‌آیند. چنین بیماری‌هایی معمولاً کیفیت و طول عمر زندگی فرد را کاهش می‌دهند. با توجه به این واقعیت که تعداد زیادی از معتادان در ایران سیگار نیز می‌کشند، جمعیت معتاد شدیداً تحت تأثیر بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات نیز قرار دارد. استعمال دخانیات باعث بروز سرطان ریه، دهان و حنجره می‌شود^(۵۲) بیماری‌های مرتبط با استعمال دخانیات نیز گرفتگی مجاری تنفسی، گرفتگی عروق، سفت شدن عروق و بیماری‌های قلبی است^(۵۳) به علاوه افراد سیگاری بیشتر در معرض سکته مغزی، سکته قلبی، آسم شدید، برونشیت شدید و بسیاری از بیماری‌های مرگبار دیگر قرار دارند.^(۵۴) کشیدن سیگار می‌تواند طول عمر یک فرد سالم (غیرمعتاد) را تا ۱۴ سال کاهش دهد.^(۵۴)

دکتر ریشتر و دکتر آرنستن مشترکاً اینگونه نتیجه‌گیری می‌کنند که تا زمانی که مراکز درمان اعتیاد بتوانند به صورت سیستماتیک استعمال دخانیات را در بیمارانشان کنترل کنند، میلیون‌ها نفر با گذر از سیستم درمان اعتیاد، اعتیاد اولیه خود به مواد مخدر را ترک می‌کنند ولی به علت بیماری‌های مربوط به دخانیات دچار مرگ زود هنگام خواهند شد.^(۵۵) این داده‌ها تکان دهنده است. بر طبق یک تحقیق ۱۱ ساله از ۸۴۵ نفر که قبلاً اعتیاد داشته و به صورت موفقیت‌آمیزی درمان شده بودند، ۵۱٪ از آنها به علل ناشی از مصرف دخانیات جان باختند^(۵۵) میزان مرگ ناشی از استعمال دخانیات در معتادان سابق، دو برابر جامعه عادی است.

شکستن حلقه اعتیاد

با توجه به تحلیل‌های فوق و تأثیر اعتیاد به نیکوتین در تشدید اعتیاد به مواد مخدر، از بین بردن اولی می‌تواند باعث حل معضل دوم شود. شواهد حاکی از آن است که از بین بردن عوامل شیمیایی - عصبی و رفتاری اعتیاد به سیگار می‌تواند به ترک مواد مخدر در فرد معتاد نیز کمک کند. محققان در تحقیقی که در سال ۲۰۰۳ توسط بیمارستان رودآیلند و دانشکده پزشکی بیمارستان بروان صورت گرفت، به این نتیجه رسیدند که ارتباط قوی میان ترک سیگار و ترک مواد مخدر به مدت یکسال در معتادان تحت درمان وجود دارد. بر پایه نتایج بدست آمده از آزمایش ادرار برای بررسی پیشرفت درمان، احتمال نتیجه مثبت اعتیاد در افرادی که به طور مداوم سیگار می‌کشند و تحت درمان اعتیاد قرار دارند ۵-۲ برابر بیشتر است^(۵۶)

دکتر ریشتر و دکتر آرنستن به صورت موجز بدین گونه نتیجه‌گیری می‌کنند که با توجه به تحقیقات انجام شده روی بازگشت به مصرف مواد مخدر و ترک سیگار، اینطور می‌توان جمع‌بندی نمود که ترک سیگار برای بیشتر بیمارانی که در حال ترک اعتیاد هستند مفید می‌باشد؛ در نتیجه انجام این کار آنها مجدداً به مصرف مواد مخدر روی نمی‌آورند.^(۵۵) با شناخت ارتباط میان اعتیاد به نیکوتین و مواد مخدر، مراکز درمان با متادون در سراسر جهان در حال شروع به گنجاندن برنامه‌های ترک سیگار در رژیم‌های درمانی خود هستند. در سال ۱۹۹۸ مدیریت خدمات سوء مصرف مواد و بهداشت روانی ایالات متحده یک تحقیق داخلی

انجام داد که نتیجه آن نشان می‌داد از هر ۵ مرکز ترک اعتیاد یکی از آنها علاوه بر برنامه استاندارد خود، برنامه ترک سیگار نیز ارائه می‌کند. در حال حاضر توصیه انجمن پزشکی اعتیاد آمریکا (ASAM) و انجمن متخصصین ترک اعتیاد این است که برنامه‌های ترک سیگار در برنامه‌های درمان اعتیاد گنجانده شود.^(۵۵) این نتیجه‌گیری تخصصی همچنین از اجرای وسیع‌تر برنامه‌های ترک سیگار در سال‌های آینده خبر می‌دهد. ولی، نبود کمک‌های دارویی برای ترک سیگار در ایران می‌تواند اجرای موفق استانداردهای بین‌المللی در ایران را بسیار محدود کند. لزوم معرفی درمان جایگزین نیکوتین برای بالا بردن کارایی و توانایی مراکز درمان اعتیاد ایران در مقابله با شیوع اعتیاد انکار ناپذیر است. بنابراین ارائه راه حل‌های درمانی باید یکی از اولیتهای مراکز درمان اعتیاد در ایران باشد.

محتوای آموزشی:

روش های درمانی ترک سیگار:

توصیه‌هایی در زمینه درمان سوء مصرف و اعتیاد به دخانیات با روشی علمی و با استفاده از نظر متخصصین فراهم شده است. مقالات بسیاری در این زمینه مطالعه و با دقت بررسی شده‌اند تا بتوان شواهد را در نظر گرفته و در مورد آینده پیش‌بینی نمود. با نظر اساتید روایی، پایایی و کاربردی بودن توصیه‌های فوق در مراقبت‌های بالینی مورد ارزیابی قرار گرفته است.

مرجع اصلی برای روش‌ها، بررسی اساتید، منابع و مخارج در سایت www.surgeongeneral.gov/tobacco قابل دسترس می‌باشد.

مختصری در زمینه چگونگی تهیه، آنالیز دقیق و بررسی اطلاعات تحقیقی در دست، فرضیه‌های موجود و مسائل مهم در ارتباط با تصمیم‌گیری بالینی نیز ارائه شده است. در نهایت، انتخاب شیوه درمانی مسئولیت پزشک معالج بوده و می‌تواند در کلیه بیماران یکسان نباشد.

به عنوان یک پزشک، شما مکانی مهم در کمک به بیمار داشته و دو سوال کلیدی می‌تواند شما را در این امر هدایت کند: «آیا شما سیگار می‌کشید؟» و «آیا می‌خواهید سیگار را ترک کنید؟».

در این راهنما، توصیه‌هایی برای بیماران مختلف آورده شده است. هم اکنون، اقدامات درمانی موثر در دسترس است و اقدامات درمانی توسط پزشکان معالج شدیداً تأکید می‌شود. اولین قدم- تشخیص و ارزیابی میزان مصرف دخانیات می‌باشد که بیماران را عمدتاً در سه گروه قرار می‌دهد: مصرف‌کنندگان مایل به ترک که آماده اقدامات درمانی هستند.

آنهايي که مایل به ترک فعلی نیستند نیازمند اقدامات در جهت کسب این تمایل می‌باشند.

آنهايي که به تازگی ترک کرده‌اند نیازمند به پیشگیری از شروع مجدد مصرف دخانیات می‌باشند.

بررسی‌های انجام شده نشان داده است که درمان موثر برای ترک دخانیات وجود دارد و توصیه می‌شود که جزوی از شیوه‌های رایج درمانی باشد. شواهد نشان می‌دهند که چنین اقداماتی به صرفه نیز می‌باشند. در مجموع، درمان مصرف سیگار و اعتیاد به آن مناسب‌ترین روش برای کسب سلامت برای میلیون‌ها فرد آمریکایی می‌باشد.

اعتیاد به دخانیات ناراحتی مزمن بوده که غالباً نیاز به اقدامات درمانی مکرر و کوشش درجهت ترک می‌باشد. درمان‌های موثر که باعث ترک طولانی مدت شده است در دست می‌باشد.

حائز اهمیت است که مراقبین بهداشتی مصرف دخانیات را تشخیص، میزان آن را سنجیده و اقدام به درمان هر فرد را در این زمینه بنمایند.

اقدامات درمانی ترک اعتیاد به دخانیات در جوامع مختلف موثر بوده است. پزشکان تشویق می‌شوند که بیماران علاقه‌مند به ترک را در زمینه مشاوره و دارودرمانی راهنمایی نمایند.

درمان کوتاه مدت اعتیاد به دخانیات موثر بوده و پزشکان در موقعیتی قرار دارند که کلیه بیماران مصرف کننده را از موثر بودن درمان کوتاه مدت آگاه سازند.

مشاوره خصوصی، گروهی و تلفنی سودمندند و متناسب با تکیه بر درمان می‌باشند. دو شیوه مشاوره خصوصا مفید بوده و به کلیه پزشکان توصیه می‌شود:

مشاوره عملی (آموزش شیوه‌های حل مسائل)

فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی به همراه درمان

داروهای متعددی برای ترک اعتیاد به دخانیات در دست است و پزشکان ترغیب می‌شوند بیماران علاقه‌مند به ترک را تشویق به استفاده از دارودرمانی بنمایند، به غیر از مواردی که تجویز از نظر سلامتی منع می‌باشد یا گروهی از افراد که سودی در آن مشاهده نشده است (مانند خانم‌های باردار، مصرف‌کنندگان دخانیات بدون دود، سیگاریهای خفیف و نوجوانان).

هفت داروی اولیه (۵ حاوی نیکوتین و ۲ بدون آن) بصورت قابل ملاحظه‌ای سبب ترک طولانی مدت شده‌اند:

آدامس نیکوتین-نیکوتین استنشاقی=قرص مکیدنی نیکوتین-اسپری بینی نیکوتین-برچسب پوستی نیکوتین-بوپروپیون اس آر-وارنیکلین

تجویز دو دارویی نیز در مواردی توصیه می‌شود.

مشاوره و دارودرمانی به تنهایی در درمان اعتیاد به دخانیات موثرند ولیکن استفاده همزمان دو شیوه درمانی مفیدتر از هر یک به تنهایی می‌باشد. در نتیجه، بیماران علاقه‌مند به ترک توصیه به هر دو می‌شوند.

مشاوره ترک تلفنی در جوامع متعددی موثر بوده و می‌تواند به افراد بسیاری کمک کند. در نتیجه، توصیه می‌شود پزشکان از نحوه مشاوره تلفنی آگاه بوده و بیماران خود را نیز به آن تشویق نمایند.

در صورت عدم تمایل به ترک دخانیات، توصیه می‌شود پزشکان شیوه‌های تشویقی را به کار برده که ممکن است در آینده به کار رود.

شیوه‌های درمانی اعتیاد به دخانیات می‌توانند در مقایسه با درمان ناراحتی‌های دیگر بسیار سودمند و به صرفه باشند. در صورت استفاده از این شیوه‌ها، موارد ترک افزایش می‌یابند. بیمه‌کنندگان و افراد تشویق به آگاهی و حمایت از چنین مراقبت‌هایی می‌شوند و حمایت مشاوره و دارودرمانی در این زمینه توصیه می‌شود. اعتیاد به دخانیات یک ناراحتی مزمن است.

اعتیاد به دخانیات غالبا ناراحتی مزمن تلقی می‌شود که نیازمند به توجه و راهنمایی‌های متعدد توسط پزشکان می‌باشد. پنج شرط (5A s) در زمینه ترک دخانیات برای راهنمایی پزشکان در یاری بیماران توصیه شده است (پرسش در مورد مصرف، توصیه به عدم مصرف، ارزیابی میزان مصرف، راهنمایی و پیگیری). غالبا ارجاع به تیم پزشکان مجرب در این زمینه بهتر از تلاش به درمان مستقل توسط پزشک می‌باشد و در زمان مناسب این ارجاع توصیه می‌شود. در صورت ارجاع به چنین گروهی از متخصصین، پیگیری توسط پزشک معالج همواره توصیه می‌شود. پزشکان می‌توانند از مشاوره تلفنی، اینترنت، برنامه‌های ترک اعتیاد و بروشورهای آموزشی در این زمینه مدد جویند که نتایج درمانی بهتری داشته است. توصیه‌های مختصر:

به طور معمول پزشکان و پرستاران با توصیه‌های مختصر به افراد سیگاری، اطلاعات لازم را به آنها انتقال داده و انگیزه ترک را در آنها قوی‌تر می‌سازند. بررسی تأثیر ارائه توصیه‌های مختصر توسط پزشکان یا

پرستاران (۳۳ و ۳۴) نشان می‌دهد که ارائه این توصیه‌ها توسط پزشک تأثیر چشمگیر ولی اندکی دارد. براساس مطالعات انجام شده افزایش احتمال ترک نیز مشهود ولی اندک بوده است (۳۳) بطوریکه این اختلاف بارز در آمار ترک افراد سیگاری که توصیه‌های پزشکی داشته‌اند در مقایسه با دیگر افراد سیگاری در حدود ۲/۵٪ است. بدین ترتیب پس از ۱۲-۶ ماه بعد از ارائه توصیه‌های مختصر به ۵۰ بیمار، یک نفر بیشتر ترک خواهد کرد.

مقایسه مطالعات انجام شده بر ترک سیگار توسط انجمن توراسیک بریتانیا نشان داده است که توصیه‌های مختصر برای افراد سیگاری مبتلا به COPD مفید می‌باشد. (۳۵)

افزایش تعداد جلسات توصیه‌های مختصر تأثیر بارزی در افزایش کارایی آن ندارد. (۳۶) ارائه این توصیه‌ها توسط پرستاران میزان ترک را ۱٪ نسبت به گروه‌های کنترل شده افزایش می‌دهد. (۳۴) براساس این اطلاعات توصیه می‌شود پزشکان توصیه‌های مختصری به افراد سیگاری شامل بیماران تنفسی سیگاری ارائه دهند. پرستاران نیز باید چنین توصیه‌هایی به بیماران ارائه دهند (سطح شواهد الف). با این وجود، به هنگام روبرویی با بیشتر بیماران ریوی، توصیه‌های مختصر به تنهایی کفایت نمی‌کند و مداخلات شدیدتری نیاز می‌باشد. بنابراین توصیه‌های مختصر بیشتر برای افراد سیگاری سبک، مناسب می‌باشد. مشاوره:

بطور کلی سه نوع مشاوره (فردی، گروهی و تلفنی) وجود دارد که با توجه به روش ارائه و زمان‌گیری آن متمایز می‌شوند.

مشاوره فردی عبارت از روبرویی بیمار و مشاور دوره دیده ترک سیگار است. مطابق آخرین مطالعات انجام شده مدارک بسیاری بر تأیید مشاوره فردی ترک سیگار وجود دارد، بطوریکه با ارائه مشاوره فردی به هر ۲۵ بیمار، یک نفر از آنها ترک خواهد کرد. (۳۶) رابطه بسیار قوی مستقیمی بین مدت زمان جلسه حضوری و نتیجه درمانی موفق وجود دارد. مداخلات شدید نیز مؤثرتر از مداخلاتی با شدت کمتر می‌باشند (سطح شواهد الف). همچنین شواهد موجود نشان می‌دهد رابطه مستقیمی بین تعداد جلسات و کارایی دوره درمان وجود دارد بدین معنی که دوره درمانی بیش از ۸ جلسه به وضوح مؤثرتر از مداخلاتی است که حداکثر سه جلسه بطول انجامد.

در مجموع، برای کمک به ترک سیگار بیماران، مشاوره فردی مؤثر می‌باشد. درمان گروهی باعث می‌شود افراد، فنون رفتاری ترک سیگار را فرا گیرند و نسبت به یکدیگر حمایت متقابل فراهم آورند. در این روش افراد بیشتری توسط یک درمانگر، درمان می‌شوند و نسبت به مشاوره فردی مقرون به صرفه‌تر می‌باشد. در مقایسه با استفاده از هیچ نوع مداخله‌ای و همچنین درمان خودآموز، درمان گروهی در ترک سیگار مناسب‌تر می‌باشد. برای ارزیابی مؤثرتر و مقرون به صرفه‌تر بودن درمان گروهی نسبت به مشاوره فردی فشرده شواهد کافی وجود ندارد. (۳۷) با این وجود، چندین آزمایش کنترل شده با شبه دارو در درمان گروهی و درمان با داروهای جایگزین نیکوتین نشان دهنده میزان نسبتاً بالای ترک یک ساله (۳۰٪) توسط داروهای جایگزین نیکوتین و گروه درمانی می‌باشد. (۳۷) شواهدی در خصوص کارایی درمان گروهی برای بیماران تنفسی در دسترس نمی‌باشد. بطور کلی این نتیجه حاصل می‌شود که مشاوره گروهی در ترک سیگار مؤثر است ولی هنوز مشخص نیست که اثر مشاوره گروهی بیشتر یا کمتر از مشاوره فردی باشد.

مشاوره تلفنی می‌تواند مکمل مداخلات حضوری یا جانشین تماس رو در رو، در کنار مداخلات خودآموز باشد. همچنین با توجه به نیازهای فرد تماس‌گیرنده می‌توان با زمان‌بندی، در نزدیکی تاریخ ترک میزان سطح حمایت را بالا برد. مشاوره تلفنی به دو صورت کنشگرا و واکنشگرا انجام می‌شود. (۳۸) در روش کنشگرا، مشاور با فرد سیگاری تماس می‌گیرد تا در ترک سیگار به او کمک نماید. در روش واکنشگرا، فرد سیگاری بوسیله تماس با خطوط مشاوره تلفنی، مشاوره لازم را کسب می‌نماید. (۳۸) تجزیه و تحلیل آخرین مطالعات روشمند نشان می‌دهد که در مقایسه با وسایل خودآموز استاندارد، مشاوره تلفنی واکنشگرا بسیار مؤثرتر می‌باشد. در حالی که، مشاوره تلفنی به عنوان مکملی در دارودرمانی یا مکمل مداخلات رو در رو بدون دارودرمانی، تأثیری در این مداخلات برای افراد سیگاری سالم ندارد. (۴۱ و ۴۰ و ۳۹)

یافته‌های حاصل نشان می‌دهند که مشاوره تلفنی واکنشگرا در مقایسه با دیگر مداخلات جزئی، مؤثر می‌باشد.

رفتاردرمانی:

یک درمان جامع لازم است بخش رفتاری/ روانی وابستگی به دخانیات را نیز مورد توجه قرار دهد. برخی انواع رفتاردرمانی که گاهی اوقات همان مشاوره است، در یک روش درمان بهینه حائز اهمیت می‌باشد. بیزاری‌درمانی، محرک لذت‌بخش مصرف سیگار را با محرکهای ناخوشایند کنار هم قرار می‌دهد. متداول‌ترین روش آن، پک زدن سریع و بی‌وقفه به سیگار است که معمولاً به حالت تهوع منجر می‌شود. هرچند که بررسی آخرین مطالعات روشمند **Cochrane** نشان داده است پک زدن سریع به سیگار می‌تواند مؤثر باشد، مطالعات دیگر چنین روندی را تأیید نمی‌کنند. (۴۲) نتایج حاصل بیان می‌کند که شواهد کافی برای تأیید استفاده از روش بیزاری از سیگار، وجود ندارد.

مباحث بسیاری در تأیید ورزش کردن به هنگام ترک سیگار وجود دارد، زیرا ورزش بسیاری از متغیرهای منفی حاصل از علائم ترک را تعدیل می‌سازد. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ورزش بر عوامل بازدارنده عود مصرف سیگار تأثیر مثبت می‌گذارد. (۴۶-۴۳) با این وجود، مطالعات روشمند اخیر نشان می‌دهند که شواهد کافی در تأیید ورزش به هنگام ترک سیگار وجود ندارد. (۴۷)

روند مداخلات روانی و رفتاری در ترک سیگار:

بخش مهمی از برنامه کمک به افراد سیگاری در ترک، تنظیم برنامه ملاقاتها بعد از روز ترک می‌باشد. این برنامه‌ریزی انواع مختلف دارد و لازم است پزشکان تشخیص دهند که آیا افزایش تعداد این ملاقاتها تا ۸ جلسه باعث افزایش میزان موفقیت می‌شود.

در این راستا توصیه می‌شود برنامه زمان‌بندی این جلسات در هفته‌های ۱، ۲، ۴، ۸، ۱۲ و ماههای ۶ و ۱۲ پس از روز ترک باشد. به منظور بیشترین کمک به فرد سیگاری در طول دوره پیگیری پس از درمان، باید رسیدگی‌های لازم انجام گیرد.

برخی از اوقات بعد از ترک، افراد سیگاری پیشین احساس می‌کنند، به مصرف دوباره سیگار حتی بیشتر از روزهای اولیه ترک نیاز دارند. این احساس فرد سیگاری را بسیار پریشان کرده و می‌تواند باعث عود مصرف وی گردد. لازم است به افراد سیگاری توصیه شود که بروز چنین احساساتی، طبیعی است و آنها را تشویق

به یادآوری انگیزه ترکشان نمود. انجام کارهای پاداش‌بخش در طول این دوره می‌تواند باعث تسکین چنین حسی گردد. (۴۸) گاهی فرد سیگاری که در ترک است تا مدت زیادی دچار علائم ترک می‌شود. درمانگران باید بدانند که توضیح تغییرات علائم مختلف به بیماران ضروری است. افراد سیگاری نیز لازم است این علائم، طول مدت، شدت و تغییرات آنها را بشناسند تا بتوانند ترک آسان‌تری داشته باشند. همچنین پزشکان باید بیشتر از دوره درمان توصیه شده، دارودرمانی را بکار گیرند یا از ترکیب انواع مختلف درمان دارویی استفاده کنند. به منظور تسکین علائم ترک استفاده از دوزهای بالاتر داروهای جایگزین نیکوتین نیز توصیه می‌شود. با وجود این، هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان‌دهنده احتمال بهبود حال بیمار بر اثر موارد فوق باشد. (۴۹ و ۵۰)

در موقعیتهای خاص (مناسبتهای اجتماعی، خوردن و آشامیدن، ملاقات دوستان و ...) افراد سیگاری آنقدر بی‌باک می‌شوند که ممکن است حتی یک نخ سیگار هم مصرف کنند. اغلب همین یک نخ "سیگار بی‌خطر" می‌تواند فوراً باعث از سرگیری مصرف سیگار گردد. بنابراین لازم است پزشکان برای بیمار کاملاً شرح دهند که شروع مصرف سیگار، حتی یک پاک، نیاز به مصرف سیگار را بالا برده، ترک را برای وی مشکل‌تر می‌سازد و بیمار را در معرض احتمال زیاد عود مصرف قرار می‌دهد. (۴۸) افراد سیگاری باید بدانند که حتی یک بار مصرف بعد از ترک معمولاً به شکست منجر می‌شود.

افراد سیگاری که ۲-۳ هفته بعد از دریافت درمان مناسب برای اعتیادشان، به مصرف روزانه سیگار ادامه می‌دهند، به عنوان افراد ناموفق در نظر گرفته می‌شوند. روش درمان این بیماران عبارتست از:

۱) به دلیل تلاش جدی فرد سیگاری، پزشک باید به وی تبریک گفته و برای فرد سیگاری شرح دهد که علیرغم شکست حاصل، مهارتهایی آموخته است که می‌تواند در تلاشهای بعدی مفید واقع شوند و هر چه بیشتر تلاش کنند احتمال موفقیت بیشتر است. پزشکان باید چنین افرادی را تشویق کنند تا طی ۲-۳ ماه آینده مجدداً اقدام به ترک نمایند.

۲) در بعضی موارد نیز استفاده از روش کاهش آسیب مناسب می‌باشد.
خط اول درمانی:

دارو درمانی اصل مهمی در درمان وابستگی به دخانیات است. در دستورالعمل فعلی ترک سیگار به عنوان دارو درمانی خط اول، استفاده از درمان با داروهای جایگزین نیکوتین (NRT) و یا بوپروپیون آهسته‌رهش به همراه مداخلات رفتاری توصیه می‌شود. (۵۱-۵۵) به جز مواردی که صلاح نباشد، استفاده از این داروها تقریباً در همه بیماران مایل به ترک مناسب می‌باشد. افراد سیگاری با مصرف روزانه بیشتر یا مساوی ۱۰ نخ سیگار که آماده ترک می‌باشند را می‌توان به مصرف NRT یا بوپروپیون تشویق نمود. شاغلین گروه بهداشتی به هنگام فراهم آوردن مداخلات ترک سیگار، لازم است اطلاعات دقیق و توصیه‌هایی درباره این محصولات را به افراد سیگاری ارائه دهند.

درمان جایگزین نیکوتین (NRT):

وابستگی به نیکوتین عنصر مشخصی از اعتیاد به دخانیات است، بنابراین یک روش استاندارد برای ترک دارویی سیگار استفاده از درمان جایگزین نیکوتین می‌باشد. هدف از این درمان جایگزینی نیکوتین کسب شده از مصرف سیگار است، بنابراین به هنگام ترک سیگار، از علائم ترک می‌کاهد. انواع مختلف داروهای

جایگزین نیکوتین (آدامس، برچسب‌های پوستی، وسیله استنشاقی دهانی، افشانه بینی، قرص زیرزبانی و آبنبات مکیدنی) بسیار مؤثر و قابل تحمل می‌باشند. (۴۹ و ۵۲) طی یک متاآنالیز **Cochrane** مشخص شده است که **NRT** در ترک به افراد سیگاری کمک می‌کند (۴۹). مجموع ۱۰۵ آزمایش تصادفی شبه داروی کنترل شده **NRT**، بوده است که موافق مصرف **NRT** نسبت به شبه دارو است. در اعداد کامل، این به معنی افزایش رو به رشد ۷ درصدی میزان ترک بعد از ۱۲-۶ ماه، به دلیل مصرف ۳ ماهه **NRT** می‌باشد و با افزودن حمایت‌های رفتاری به **NRT**، میزان ترک ۸-۷٪ بیشتر افزایش می‌یابد. در متاآنالیز **Cochrane** میزان ترک یک ساله برای **NRT**، ۱۷٪ و برای گروه کنترل شده ۱۰٪ بوده است. مطالعات بر روی **NRT** نشان می‌دهد که عود زود هنگام در این نوع درمان شایع است و پیش‌بینی می‌شود که ترک با شکست روبرو شود. تجویز دوز **NRT** به میزان وابستگی، بستگی دارد. به طور معمول مصرف آن فقط در زمان محدودی مجاز است ولی در مواردی که وابستگی به نیکوتین ادامه یابد، می‌توان مصرف آن را تا ۳ ماه و بیشتر از آن نیز ادامه داد. در صورتیکه فرد مصرف سیگار را از سر بگیرد، مصرف **NRT** باید قطع شود. (۵۰-۵۳)

شواهدی وجود ندارد که نشانگر تأثیر بیشتر یک محصول **NRT** نسبت به دیگری باشد، بنابراین انتخاب محصول به سلیقه افراد بستگی دارد. بیشتر ترک‌های موفق در افرادی با وابستگی شدید بر اثر مصرف آدامس ۴ میلی‌گرمی نیکوتین به جای آدامس ۲ میلی‌گرمی می‌باشد. برای برخی افراد سیگاری با وابستگی بسیار شدید، ترکیب دو محصول **NRT** مؤثرتر می‌باشد. ترکیب چند محصول **NRT**، نتیجه حاصل را بهبود می‌بخشد ولی مصرف آنها در طولانی مدت چنین نمی‌باشد. به عنوان مثال، در مصرف برچسب‌های نیکوتین ۱۶ ساعته و ۲۴ ساعته تفاوتی مشاهده نشده است و طولانی‌کردن دوره درمان بیش از ۳ ماه، میزان ترک را افزایش نداده است، در حالیکه دوزهای بالاتر برچسب‌های نیکوتین باعث افزایش متعادلی در میزان موفقیت می‌شوند. کاهش دوز برچسبها نیز مؤثرتر از قطع ناگهانی مصرف آن نمی‌باشد.

مصرف **NRT** در موارد زیر صلاح نمی‌باشد: بیماریهای قلبی- عروقی، بیش‌فعالی غده تیروئید، دیابت شیرین، نقص جدی کلیوی یا کبدی و زخم معده، ولی در بیماری کرونری قلب، مصرف **NRT** برای بیمار بی‌خطر است و در چنین بیمارانی که ترک سیگار یکی از مهمترین عوامل مؤثر در بهبود بیماری است، قابل مصرف می‌باشد. بررسی سود و زیان **NRT** در زنان باردار یا شیرده نشانگر حقیقتی است که مصرف سیگار نیکوتین بیشتری نسبت به **NRT** به آنها می‌رساند، بنابراین مصرف دوز پایین **NRT** به آنها توصیه می‌شود. بطور کلی مصرف داروهای جایگزین نیکوتین قابل تحمل می‌باشد. شایع‌ترین اثر سوء آنها تحریک موضعی ناشی از نیکوتین است مانند تحریک موضعی پوست بر اثر مصرف برچسب یا تحریک لایه‌های مخاطی دهان و حلق بر اثر مصرف داروهای خوراکی، که معمولاً بر اثر افزایش مقاومت آن قسمت، این تحریک بعد از چند روز کم شده یا از بین می‌رود. در اروپا داروهای جایگزین نیکوتین را با ارائه نسخه یا خرید آزاد می‌توان تهیه کرد.

بوپروپیون آهسته رهش :

بوپروپیون هیدروکلراید داروی ضدافسردگی (یک آمینوکتون) است که در ترک سیگار افرادی با مصرف روزانه بیش از ۱۰ نخ سیگار که مایل به ترک می‌باشند نیز مؤثر است. بوپروپیون از باز جذب عصبی

نورآدرنالین و دوپامین جلوگیری می‌کند بطوریکه تأثیر جزئی بر باز جذب سروتونین داشته و تأثیر مهارکننده‌ای نیز بر مونوآمین‌اکسیداز ندارد. همچنین باعث کاهش فعالیت این عصبهای آزادکننده دوپامین می‌گردد. از این رو، باعث بی‌اثر شدن خط سیر پاداش بخش گشته و از تمایل شدید می‌کاهد. علاوه بر ممانعت از باز جذب نورآدرنالین و دوپامین، اطلاعات آزمایشگاهی اخیر نشان می‌دهد که بوپروپیون می‌تواند یک بازدارنده عملکردی غیررقابتی برای گیرنده‌های استیل‌کولین نیکوتین باشد.

بوپروپیون آهسته‌رهش (SR) در اولین ترک افراد سیگاری، بسیار مناسب می‌باشد، مخصوصاً برای افرادی که نسبت به NRT حساسیت داشته و داروهای غیرنیکوتینی را ترجیح می‌دهند یا در درمان NRT با شکست مواجه شده‌اند. (۳-۶ و ۳۴)

در هفته اول ترک سیگار دوز تجویزی بوپروپیون SR، ۱۵۰ میلی‌گرم در روز می‌باشد و پس از آن به ۳۰۰ میلی‌گرم در روز (۱۵۰ میلی‌گرم دوبار در روز) افزایش می‌یابد. به افراد سیگاری که بوپروپیون SR مصرف می‌کنند، توصیه می‌شود که تا روز ترک یعنی معمولاً یک هفته بعد از شروع درمان، به مصرف سیگار ادامه دهند. در افراد سیگاری مسن یا افرادی با نقص کلیوی یا کبدی یا دارای وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم تجویز دوز کمتری توصیه می‌شود. زمان پیشنهادی برای طول مدت دوره درمان در این روش، ۱۲-۷ هفته است. لازم است درمان با برنامه‌هایی برای تقویت انگیزه افراد همراه باشد و اطلاعات بیشتری درباره ترک و جلوگیری از عود برای آنها مطرح شود. بوپروپیون SR دارویی است که فقط با ارائه نسخه تهیه می‌شود. بیشترین اثرات جانبی آن عبارت از بدخوابی و خشک شدن دهان است. یکی از اثرات جانبی نادر ولی جدی این دارو (کمتر از ۱۰۰۰ : ۱) تشنجات ناشی از آن است. (۵۰) این دارو برای بیمارانی با سابقه صرع، مناسب نمی‌باشد و در افراد سیگاری با آستانه پایین تشنج از جمله سابقه ضربه به سر یا سوء مصرف الکل باید با نهایت دقت مصرف شود. تأثیر بسیاری از داروهای متداول از جمله برخی داروهای ضدافسردگی، آنتی‌آریتمیک و آنتی‌سایکوتیک‌ها، با بوپروپیون در تقابل می‌باشد. در بیماران دیابتی که انسولین یا داروهای کاهنده قندخون مصرف می‌کنند یا بیمارانی با مصرف داروهای برای کاهش آستانه تشنجات (مانند آنتی‌سایکوتیک‌ها، ضدافسردگی‌ها، تتوفیلین و کورتیکواستروئیدهای سیستمیک)، دقت لازم در دوز دارو باید اعمال شود. همچنین مصرف بوپروپیون در بیمارانی با سابقه بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی، نکرز کبدی شدید یا اختلالات دوقطبی مناسب نمی‌باشد. بوپروپیون نباید با مهارکننده مونوآمین‌اکسیداز (MAOI) مصرف شود و فاصله بین توقف مصرف این دارو و شروع مصرف بوپروپیون باید بیش از ۴ روز باشد. (۸-۶ و ۴۸ و ۴۹)

داروهای جدید:

وارنیکلین دارویی است که در کشورهای اتحادیه اروپا مورد تأیید واقع شده، در بازار ایالات متحده به فروش می‌رسد و از اواخر سال ۲۰۰۶ تا اوایل ۲۰۰۷ به بازار بیشتر کشورهای اروپایی نیز عرضه شده است. ریمونابانت نیز در بازار ایالات متحده و اروپا وجود دارد ولی ثابت شده است که بیشتر یک داروی کاهش وزن است تا یک عامل ترک سیگار باشد. وارنیکلین عبارتست از یک آگونیست نسبی از زیرگروه گیرنده‌های عصبی نیکوتینی، تشکیل شده از زیرواحدهای $\alpha 4$ و $\beta 2$. براساس مطالعات اخیر گیرنده‌های نیکوتینی $\beta 2$ در تمایل شدید و وابستگی به نیکوتین نقش محوری به عهده دارند. نتایج حاصل نشان می‌دهد که

وارنیکلین در ابتدا گیرنده‌های $\alpha_4 \beta_2$ را تحریک می‌کند که اثرات آگونیست نیکوتینی بر روی آزادسازی دوپامین در هسته اکومبنز (عملکرد آگونیست) را در حد میانه نگه می‌دارند. اگر به درمان با وارنیکلین، نیکوتین افزوده شود، در پاسخ دوپامین افزایشی مشاهده نمی‌شود (عملکرد آنتاگونیست). از آنجایی که وارنیکلین هر دو عملکرد آگونیست و آنتاگونیست را ترکیب می‌کند، می‌تواند باعث کاهش وابستگی نیکوتین و همچنین کاهش اثرات ناشی از ترک نیکوتین شود. (۶ و ۸) وارنیکلین به خوبی جذب شده و در ابتدا بدون تغییر (۹۲٪) از طریق ادرار دفع می‌شود. نیمه‌عمر این دارو ۱۷ ساعت است و ۴/۳ ساعت زمان می‌برد تا به بیشترین حد غلظت برسد. (۹ و ۱۱) از افراد سیگاری درخواست می‌شود که در طول ۷ روز اول درمان، دوز وارنیکلین را به ۱ میلی‌گرم و دو بار در روز افزایش داده، در روز هشتم مصرف سیگار را قطع کنند و به مدت ۱۲ هفته به درمان ادامه دهند.

سه مطالعه بالینی سه مرحله‌ای بر روی وارنیکلین انجام شده که گزارش آنها به شرح زیر است. دو مورد از این مطالعات که پروتوکلهای یکسانی داشتند، مصرف وارنیکلین را با شبه دارو و بوپروپیون **SR** مقایسه کردند. نتایج مرحله سوم این مطالعات به نتایج حاصل از مرحله دوم مطالعات بالینی شباهت دارد. مهمترین اثرات جانبی گزارش شده از گروههای مصرف کننده وارنیکلین، بوپروپیون **SR** و شبه دارو عبارت بود از: حالت تهوع (به ترتیب ۲۸، ۱۰ و ۹٪)، سردرد (به ترتیب ۱۴، ۱۱ و ۱۲٪) و خوابهای آشفته (به ترتیب ۱۲، ۶ و ۴٪). گرچه حالت تهوع به ویژه بر اثر مصرف وارنیکلین بیشتر بوده، اما در مقایسه با بوپروپیون (۱۴٪) و شبه‌دارو (۸٪) میزان شکست به دلیل اثرات جانبی در مصرف‌کنندگان وارنیکلین (۱۰٪) بیشتر نبوده است. (۵۶) در مطالعه سوم، طول مدت درمان با وارنیکلین طی ۱۲ هفته در مقابل ۲۴ هفته مورد آزمایش قرار گرفت که در درمان ۲۴ هفته‌ای تأثیر جزئی ولی معنی‌داری حاصل گردید. (۷۰) در درمان وابستگی به دخانیات، وارنیکلین مکانیسم جدید و جالب توجهی دارد. به عنوان مثال، طی یک مطالعه کور بر روی ۱۹۲۷ فرد سیگاری به مدت ۳ ماه به این افراد وارنیکلین داده شد که ترک مقطعی ۶۴/۱٪ حاصل گردید. سپس طی یک طرح دوسوکور، ترک‌کنندگان موفق سه ماه دیگر را نیز با مصرف وارنیکلین سپری کردند که میزان ترک از هفته‌های ۵۲-۱۳ عبارت بود از ۴۳/۶ در مقابل ۳۶/۹٪ (۰/۰۲ = p). چنین نتایجی نشان می‌دهد که درمان ۶ ماهه با وارنیکلین برای رسیدن به ترک موفق در برخی افراد سیگاری مناسب می‌باشد. (۵۵) نتایج مرحله سوم مطالعات فوق بیان می‌کند که در درمانهای فعلی ترک سیگار، وارنیکلین می‌تواند ثمربخش باشد. به دلیل تعداد کم مطالعات انجام شده بر روی وارنیکلین و فقدان مطالعاتی خارج از نظارت متخصصین ترک سیگار، فقدان مطالعات انجام شده در شرایط عمومی با حمایت‌های جزئی، فقدان مطالعات انجام شده بر روی **COPD** و آشکار نشدن نتیجه عرضه دارو به بازار، مؤلفان فعلی، وارنیکلین را به عنوان دارویی در خط دوم درمان ترک سیگار به حساب می‌آورند. انتظار می‌رود که با انجام آزمایش و ارائه مدارک بیشتر، وارنیکلین به عنوان دارویی در خط اول درمان ترک سیگار بکار رود.

دستورالعمل اجرایی و درمانی در رویکرد به فرد سیگاری

اولین قدم در این رویکرد شناسایی و ارزیابی وضعیت مصرف دخانیات است که بر این اساس بیماران به دو طبقه درمانی دسته‌بندی می‌شوند:

سیگاری‌هایی که مایلند کوششی برای ترک داشته باشند

سیگاری‌هایی که مایل نیستند در حال حاضر کوشش برای ترک داشته باشند

زمانی که به نظر می‌رسد درمان‌های فشرده‌تر و یا طولانی‌تر به بیماران کمک می‌کند که عاری از دود باقی بمانند، فراهم‌کنندگان مراقبت سلامت می‌توانند به طرز موفقیت‌آمیزی به بیماران برای ترک دخانیات توسط پیشنهاد مداخله به مدت ۳ دقیقه کمک نمایند. سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند که سیستم **PHC** باید حداقل مداخلات **brief** (موجز و مختصر) دخانیات را به عنوان قسمتی از سرویس‌های روتین خود که می‌تواند یک نفع عمومی برای سلامت به همراه داشته باشد را ارائه کند. مداخلات مختصر دخانیات بیشترین اثر را وقتی خواهند داشت که فراهم‌کنندگان مراقبت اولیه سلامت بتوانند مصرف‌کنندگان دخانیات را بیشتر در تیررس خود داشته باشند و درمان را ارائه کنند.

Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange: 5A'S

Ask: به طور سیستماتیک همه مصرف‌کنندگان دخانیات را در هر ویزیت شناسایی کنید

Advise: قویا همه مصرف‌کنندگان دخانیات را به ترک تحریک کنید

Assess: میزان تمایل را برای کوشش به ترک تعیین کنید

Assist: بیمار را در ترک یاری کنید

Arrange: تماس پیگیری با بیمار را برنامه‌ریزی کنید

5R'S، (برای بیماران که آماده ترک نیستند): **Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks**

and Repetition، برای افزایش انگیزه سیگاری‌هایی که مایل به ترک در این زمان نیستند طراحی شده

است. سیگاری‌ها ممکن است بخاطر داشتن اطلاعات غلط نخواهند سیگار کشیدن را ترک کنند، درباره اثرات ترک نگرانی داشته باشند و یا بخاطر کوشش‌های قبلی ناموفق برای ترک روحیه‌شان تضعیف شده باشد. بنابراین، بعد از پرسش درباره مصرف دخانیات، توصیه به فرد سیگاری برای ترک و ارزیابی تمایل فرد سیگاری برای ترک مهم است که مداخله انگیزشی **5R'S** استفاده شود.

Ask, Advise, Refer: AAR

این یک پروتکل جایگزین است که آموزش کمتری را می‌طلبد و می‌تواند به راحتی انجام گیرد. فراهم‌کننده

مراقبت سلامت بیماران سیگاری را شناسایی می‌کند یا از آنها می‌پرسند، (**Ask**) به آنها توصیه می‌کند که

سیگار را ترک کنند (بنابراین شانس این که آنها این کوشش را بکنند را ۲ برابر می‌کند) (**Advise**) و آنها

را ارجاع می‌دهد به یک مشاوره تلفنی ترک یا فراهم‌کنندگانی در سرویس‌های دیگر (**Refer**)

Ask, Brief advice, Cessation Support: ABC

A: درباره وضعیت کشیدن سیگار سوال کند

B: یک توصیه مختصر برای توقف مصرف سیگار به همه افرادی که سیگار می‌کشند ارائه دهد

C: فراهم نمودن حمایت ترک بر مبنای شواهد برای آنهایی که تمایلی را برای توقف مصرف سیگار نشان می‌دهند

پروتوکول درمان:

ثبت‌نام و جمع‌آوری اطلاعات:

در جلسه اول اطلاعات زمینه‌ای بیماران با استفاده از پرسشنامه ثبت می‌گردد. این اطلاعات عبارتند از اطلاعات فردی و دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و شغل)، عادات‌های مصرف سیگار (دلایل سیگارکشیدن، تعداد پاکت سیگار مصرفی روز در طی سال‌های مصرف سیگار) تست فاگشروم که وابستگی به نیکوتین را بررسی می‌کند و زمان، مکان و موقعیت‌های مصرف سیگار و تعداد نخ مصرفی روزانه و مراحل آمادگی ترک ثبت می‌گردد.

مداخله:

در این برنامه روش ترک شامل آموزش و دارو درمانی (داروهای جایگزین نیکوتین- ولبان- چامپیکس) و شناخت - رفتار درمانی به منظور افزایش موفقیت در ترک به کار می‌رود.

در جلسه دوم که یک هفته بعد است از شرکت‌کنندگان درخواست می‌شود که رفتارهای سیگارکشیدنشان را تغییر دهند و تاریخی را برای روز ترکشان تعیین کنند. همچنین آغاز داروها و تکمیل رفتاردرمانی را انجام دهند.

جلسه سوم یک هفته بعد و روز ترک است. همچنین داروها و رفتاردرمانی ارزیابی میشود. مدت زمان پیشنهادی از داروها حداقل ۶ هفته است. داروها شامل برچسب، آدامس و قرص است. شرکت‌کنندگان امکان ترکیب برچسب و آدامس و قرص را نیز دارند.

در جلسه چهارم شرکت‌کنندگان از نظر بالینی ارزیابی می‌شوند و درباره هر گونه مشکل پزشکی یا روانی که داشتند مورد پرسش قرار می‌گیرند.

پیگیری:

در چهار هفته بعد از ترک از شرکت‌کنندگان سوال می‌شود که آیا سیگار را ترک کرده‌اند و علائم ناشی از ترک آنها، مشکلات ناشی از ترک، عود و موقعیت‌های تهدیدآمیز برای مصرف سیگار ارزیابی می‌شود. ارزیابی پیگیری‌ها در سه- شش و دوازده ماه بعد از ترک نیز صورت می‌گیرد.

Reference:

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
2. Peto R et al. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 1996, 52(1):12–21.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm, accessed 5 December 2007).
4. Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, 339(8804):1268–1278.
5. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1498-1504.
6. Levine R, Kinder M. *Millions saved: proven success in global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2004.
7. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. *Critical issues in global health*. San Francisco, Wiley (Jossey-Bass), 2001:154–161.
8. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 1996, 36:597–613.
9. Battling big tobacco: Mike Wallace talks to the highest-ranking tobacco whistleblower. CBS News, 16 January 2005 <http://www.cbsnews.com/stories/2005/01/13/60II/main666867.shtml>, accessed 5 December 2007).
10. Hendricks PS et al. The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology*, 2006, 187(3):385–396.
11. World Health Organization. *Tobacco: deadly in any form or disguise*. Geneva, World Health Organization, 2006(http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf, accessed 5 December 2007).
12. World Health Organization. *World health report 2002*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf, accessed 5 December 2007).
13. California Environmental Protection Agency. *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary*. Sacramento, California Environmental Protection Agency, June 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3exe.pdf>, accessed 5 December 2007).
14. Boffetta P et al. Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs. *International Journal of Cancer*, 2005, 114(6):992–995.
15. Gupta PC, Sreevidya S. Smokeless tobacco use, birth weight, and gestational age: population based prospective cohort study of 1217 women in Mumbai, India. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1538.
16. Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>, accessed 5 December 2007).

17. Liu BQ et al. emerging tobacco hazard in China: 1.Retrospective proportional mortality study of one million deaths. *British Medical Journal*, 1998, 317(7170):1411–1422.
18. Gajalakshmi V et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet*, 2003, 362(9383):507–515.
19. Gilmore A et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(12):2177–2187.
20. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Global youth tobacco survey*. Atlanta, U.S. Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy.htm>, accessed 5 December 2007).
21. Guindon GE et al. *The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature*. Geneva, World Health Organization, 2006.
22. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005,54(25):625–628.
23. *World health statistics*. Geneva, World Health Organization, 2007.
24. Efroymsen D et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):212–217.
25. de Beyer J, Lovelace C, Yürekli A. Poverty and tobacco. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):210–211.
26. Nassar H. *The economics of tobacco in Egypt, a new analysis of demand*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1120/type/pdf/viewcontent/>, accessed 5 December 2007).
27. Sesma-Vázquez S et al. El comportamiento de la demanda de tabaco en México: 1992–1998. [Trends of tobacco demand in México: 1992–1998]. *Salud Publica de Mexico*, 2002, 44(Suppl. 1):S82–S92.
28. Liu Y et al. Cigarette smoking and poverty in China. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(11):2784–2790.
29. World Health Organization. *World no tobacco day 2004 materials*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/en/index.html>, accessed 5 December 2007).
30. Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. *Economic effects of environmental tobacco smoke*. 2005 ([http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft\(Final%203\).pdf](http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft(Final%203).pdf), accessed 5 December 2007).
31. McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15(2):125–130.
32. Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. 18 July 2006 (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx>, accessed 6 December 2007).
33. Solberg LI et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31(1):62–71.
34. West R, Sohal T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*, 2006, 332(7539):458–460.
35. Fiore MC. *Treating tobacco use and dependence: a public health service clinical practice guideline*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services,

press briefing, 27 June 2000

(<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/mf062700.htm>, accessed 16 December 2007).

36. Feenstra TL et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health*, 2005, 8(3):178–190.
37. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*, 2006, 41(6):2114–2135.
38. Pfizer for Professionals. Mechanism of action of CHANTIX™ (varenicline), 2007 (https://www.pfizerpro.com/product_info/chantix_dual_action.jsp, accessed 6 December 2007).
39. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, accessed 6 December 2007).
40. boshtam, Sarraf-Zadegn, Rafiei, "Risk factor for coronary artery disease in Isfahan, Iran. "Eruopean Journal of Public Health (1999)
41. richter, Kimber, and Julia Arnsten. "A rationale and model for addressing tobacco dependence in substance abuse treatment." Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy August 2006 Web. 26 Jul 2009. <http://www.Substanceabusepolicy.com/content/1/1/23>.
42. Boa, Yan-ping, and Zhi Lian, and Zhi-min Liu. "An investigation ofv cigarette smoking behavior and nicotine dependence among Chinese opiate addicts. "National Institute on Drug Dependence 10 Jun 2009 Web. 26 Jul 2009. <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL_&udi=B6VC9-4WGVPT-2&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&docanchor=&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=e1af616bd12d17c925760c0ea074d79d
43. Roskelley, Scot. "New Findings show show additional connections between opiate and nicotine addiction." Harvard Medical School 13 Feb 2008 Web. 26 Jul 2009. <http://www.health.am/ab/more/similarity-between-opiate-and-nicotine-addiction/>
44. mello, Mendleson, Sellers. "Effect of gerion self-administration on cigarette smoking." Psychopharmacology August 1979 Web.26 Jul 2009. <http://www.springerlink.com/content/u35v0jp615521237/>.
45. associations Between Tobacco Smoking and illicit Drug Use Among Methadone-Maintained Opiate-Dependent individuals, "Dominick L. Frosch, B.A., Steve Shoptaw, Ph.D., Deborah Nahom, M.S and Murray E. Jarvik, M.D., Ph.D., Los Angeles Addiction Research Consortium and University of California, Los Angeles, Experimental and Clinical Psychopharmacology, Vol.8,No.1.
46. wolf, Finch, Tacke, "the effect of tobacco smoking on subjective symptoms of inadequacy ("not holding") of methadone dose among opiate addicts in methadone maintenance treatment" Addiction Biology6, 209 Jun 2006 Web. 26 Jul 2009 <http://www.interscience.wiley.com/journal118984956/abstract>.
47. "Iran." The central intelligence Agency World Factbook 2008
48. Ziaaddini, Meymandi, Zarezadeh. "the Prevalence and Motivation of Cigarette Smoking among [Adolescents]. "Iranian Journal of Psychiatry 2007
49. Mokri, Azarkhsh. "Brief Over of the Status of Drug Abuse in iran." Archive of Iranian medicine 52002 web.26 Jul 2009.<http://www.sid.ir//En/VEWSSID/J-pdf/86920020312.pdf>.

50. Samii, William. Drug Abuse; Iran's Thorniest Problem. "Brown Journal of World Affairs 9, 22003 Web. 26 Jul 2009. <http://www.watsoninstitute.org/bjwa/archive/9.2/iran/Samii.pdf>.
51. "iran tops world drug addiction-ratelist-report." Iran Focus News. 24 Sep 2005. iran Foucus. 26 Jul 2009 <http://www.iranfocus.com/en/special-wire/iran-tops-world-drug-adductuib-rate-list-report-03805.html>
52. Social desk "50,000 Iranians die Annually from tobacco use "Tehran times 03 Aug 2008
53. Questions about tobacco smoking and health. "American cancer society 16 Oct 2008, http://www.cancer.org/docroot/PED/Content/PED-10-2x-Questions_about_smoking_Tobacco_and_health.asp
54. Easton, Brain. "What smoking cost." New Zealand Cancer Society 2004 <Http://www.cancernz/upload/IS-TC-smokcost.pdf>
55. Richter, Kimber and Julia arnArnsten. "A relation and model for addressing tobacco dependence in substance abuse treatment". Substance abuse treatment, Prevention and Policy Aug, 2006, web, 26 Jul 2009. [http:// Substance abuse policy.com/content](http://Substance_abuse_policy.com/content)
56. Shoptaw, Fuller, young, frosch, "Smoking cessation in the methadone maintenance" Addiction Oct 2000, web 26 Jul 2009, <http://ncbi.nih.gov/pubmed/12359036>